



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЯТЬДЕСЯТ ВТОРАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 5 предварительной повестки дня

A52/DIV/5
3 мая 1999 г.

Заседания круглого стола для министров

Инвестиции в стационары: дилемма, стоящая перед министрами

ПРОБЛЕМЫ

1. Инфраструктура здравоохранения, зачастую слишком сложная и несоответствующая требованиям, обычно сосредоточена в больших городах и потому в значительной степени ориентирована на удовлетворение интересов относительно зажиточных городских семей. Что касается медико-санитарных служб, предназначенных в основном для бедняков в сельских районах, то их обычно бывает недостаточно, и они не относятся к числу легко доступных, в них ощущается нехватка персонала, имеется лишь основное оборудование, которое не поддерживается в должном рабочем состоянии.
2. Стационары, как правило, строятся в расчете на долгие годы и, будучи построены, их обычно трудно закрыть в силу причин политического свойства, а также потому, что они являются источником занятости населения. Решения о недостаточных капиталовложениях, а также недостаточно квалифицированное осуществление проектов могут зачастую иметь серьезные финансовые последствия, которые растягиваются на десятилетия. Неверная оценка потребностей, некоординируемая деятельность участников, а также отсутствие нормативов, стандартов и приспособленных к местным условиям методологий зачастую приводят к неправильному выбору местоположения и проектированию стационаров, не отвечающих предъявляемым требованиям, а также непомерно высоким расходам на каждое подразделение.
3. Потери эффективности, связанные с неудачным выбором, приобретением и эксплуатацией оборудования, также могут быть очень значительными. Закупки сложного оборудования без должной оценки создают постоянные проблемы для руководства с точки зрения обеспечения его нормального использования и эксплуатации. В ряде стран менее половины наличного оборудования является пригодным для использования, что означает в ряде случаев потери, исчисляемые миллиардами долларов. С учетом неудовлетворительных эксплуатации и ухода за оборудованием, а также низких бюджетов, выделяемых на эксплуатацию

(составляющих приблизительно 1% от расходов на приобретение с учетом того, что оптимальная величина должна составлять 7% или 8%), такое оборудование зачастую выходит из строя, и период его эксплуатации значительно сокращается. Отсутствие должного технического обслуживания добавляет к расходам от 20% до 40%, что, в отсутствие должной инвентаризации, увеличивает расходы по эксплуатации и использованию на 60% и 80%. Неправильный выбор самого оборудования также может приводить к значительному увеличению стоимости медико-санитарной помощи.

УКРЕПЛЕНИЕ РУКОВОДСТВА И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

4. Управленческий опыт по части финансов, лекарственных средств и продуктов питания, условий, оборудования и клинической практики является необходимым условием для руководства современным стационаром. Экспертные знания такого рода зачастую отсутствуют, и необходима разработка специальных методов подготовки, с тем чтобы обеспечить управленческий персонал соответствующими навыками. Капиталовложения в такую подготовку будут полностью оправданными лишь в случае создания таких условий, при которых руководство стационара будет обладать необходимыми полномочиями для принятия решений, а также необходимой властью.

5. В поддержку большей автономии стационаров в последние годы раздавалось все больше и больше голосов, однако сама по себе эта автономия не может быть панацеей и не будет содействовать повышению осведомленности руководства в финансовых вопросах и улучшению качества помощи, если она не соответствует конкретным управленческим функциям и имеющемуся потенциалу. Более того, и с этим, вероятно, согласится большинство участников дискуссии, стационары не могут быть свободными в определении своей роли в системе здравоохранения и должны и впредь подчиняться политике общественного здравоохранения, ориентированной на достижение общих целей, определяемых министерствами здравоохранения. Вместе с тем, с учетом расширения автономии стационаров вопросы руководства и роли тех, кто предоставляет медико-санитарную помощь, а также подотчетности в рамках общины, должны быть рассмотрены вновь.

СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ИНВЕСТИЦИИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

6. Основная дилемма в отношении рационализации и реструктуризации больниц связана с необходимостью обеспечить экономическую эффективность секторальных инвестиций, взаимосвязанных с результатами лечения. Более сбалансированное соотношение стационаров и вопросов их эффективного использования необходимо для того, чтобы обеспечить соответствующие виды помощи группам населения, которым они предназначаются. Как общественные, так и частные стационары, так же как и больничные учреждения в других секторах, как, например, госпитали для военнослужащих, должны учитываться при планировании медико-санитарной помощи. Масштабы оказания услуг должны определяться с учетом всего населения, а

не только общественного сектора и, соответственно, ресурсы надлежит использовать для обеспечения лучших видов медико-санитарного обслуживания для конкретной группы населения, независимо от того, кто именно предоставляет такую помощь.

7. Реорганизация функций и перераспределение ресурсов на медико-санитарные службы таят в себе много возможностей для улучшения экономической эффективности с точки зрения оказания медико-санитарной помощи. Расходы на стационары в основном являются фиксированными, и потому сокращение на несколько коек коечного фонда во всех стационарах не будет способствовать высвобождению значительных ресурсов. Оплата конкретных видов помощи, а не финансирование определенных служб может содействовать снижению чрезмерных расходов. Системы расчета должны быть использованы для того, чтобы определить и, по возможности, возратить некоторые из субсидий на различные «удобные» виды помощи, которые предоставляются стационарами.

8. Очевидный путь для сокращения расходов без отказа от того, что делается во имя здоровья, заключается в том, чтобы полностью использовать возможности, имеющиеся на самом нижнем уровне, и поощрять пользователей к тому, чтобы они следовали установленной системе направления на консультации. Стимулом в этом отношении может быть повышение платы с пациентов, не относящихся к категории неотложных больных, которые обращаются за первичной медико-санитарной помощью в стационар, при условии, что у них имеется такая возможность на первичном уровне. Направление от первичной медико-санитарной службы должны быть обязательным для доступа во все специализированные службы. Ориентировочные подсчеты указывают, что если лишь 33% больных удалось бы перевести с более высоких уровней оказания помощи на низшие уровни, то общая экономия составила бы 5% от общих государственных расходов на здравоохранение и 10% - от расходов на стационары. Надежность, качество, готовность реагировать на спрос на низшем уровне должны быть улучшены в первую очередь. Основным исходным требованием для таких изменений является улучшение обеспечения, снабжения и уход за оборудованием, а также предоставление высококачественной помощи соответствующим образом подготовленными и преисполненными сочувствия работниками медико-санитарной помощи.

9. Для обеспечения высококачественной помощи и соответствующего отношения к работе чрезвычайно важным является такой фактор, как удовлетворенность своей деятельностью для работника здравоохранения. Это, в свою очередь, ставит на повестку дня вопросы об инвестициях во взаимосвязанную систему подготовки, соответствующем вознаграждении и наличии стимулов для хорошей работы. Улучшения в области медицинского оборудования и поставок могут быть обеспечены, если инвестиции в медицинское оборудование станут более рациональными за счет мер контроля при приобретении дорогостоящего сложного оборудования и отказа от донорских взносов, если они не соответствуют утвержденным планам.

10. Решения о закупке должны приниматься на основе макрооценки потребностей, анализа потребностей, связанных со всем жизненным циклом, наличия необходимой

поддержки и воздействия приобретенных технологий в долгосрочной перспективе на систему здравоохранения. Такие решения должны согласовываться также с определенным набором технологий, предназначенных для различных условий, и с учетом взаимосвязи технологий и основных клинических процедур. Необходимо четко представлять себе текущие расходы и обеспечивать необходимые бюджетные ассигнования для эксплуатации такого оборудования и поддержания его в рабочем состоянии. Определенные процедуры должны быть децентрализованы и созданы механизмы для возмещения расходов в интересах частичного финансирования самих служб эксплуатации на соответствующем уровне. Более эффективными с точки зрения затрат считаются те ассигнования ресурсов, которые предусматривают обеспечение улучшенной эксплуатации, а не приобретение нового оборудования, а также наличие внутренних служб для поддержания и ремонта оборудования, а не производство таких работ по контрактам.

11. Стационары переживают серьезные перемены. Возникают новые типы учреждений здравоохранения, которые заменяют ныне существующие. Медицинские технологии в большей степени, чем когда-либо раньше, расширили свою основу. Быстрое развитие телекоммуникационных технологий предлагает революционные перемены в отношении как концепций, так и путей оказания медицинской помощи. Параметры больничного сектора становятся многоликими. Целый ряд проблем связан сегодня с вопросами рационализации и реструктуризации стационаров. Эти вопросы включают изменения политики, роли и взаимоотношений учреждений, трудовых ресурсов и заинтересованных групп; выявление возможностей и проблем, связанных с развитием технологии и архитектуры; а также интеграцию и взаимосвязь учреждений здравоохранения.

12. Инвестиции в стационары во все большей степени требуют сложных форм анализа и планирования. Миновали те дни, когда предложение о передаче в дар какой-либо стране больницы воспринималось с благодарностью и без размышлений. Если стационары призваны служить укреплению здоровья, то их местоположение, планирование, организация, руководство ими и те услуги, которые они предоставляют с учетом приоритетных нужд данной группы населения, должны приниматься в расчет, с тем чтобы эти больницы не стали «белым слоном», жадно поглощающим скудные ресурсы.

Вопросы для обсуждения:

- Должны ли министерства здравоохранения отказаться от стационаров и создать системы для приобретения необходимых видов услуг по контрактам из общественного и/или частного сектора?
- Кто должен быть руководителем стационаров: профессиональные менеджеры по контракту с учетом их квалификации или менеджеры, имеющие медицинский диплом?

- Следует ли министерствам здравоохранения решать вопрос об общем числе больничных коек в частном или общественном секторе определенной общины?
- Следует ли странам делать капиталовложения в региональные (межстрановые) лечебные учреждения третичного уровня и центры подготовки или им надлежит создавать свои собственные?
- Должна ли существовать страховка на случай «непредвиденных обстоятельств» для использования в общественном стационаре? Если да, то при каких обстоятельствах?

= = =